



Surmonter l'adversité : les fondements dynamiques de la résilience

Claude de Tychey

DANS **CAHIERS DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE 2001/1 n° 16** , PAGES 49 À 68
ÉDITIONS **DE BOECK SUPÉRIEUR**

ISSN 1370-074X

ISBN 2804136191

DOI 10.3917/cpc.016.0049

Date de mise en ligne : 01/07/2006

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2001-1-page-49?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

SURMONTER L'ADVERSITÉ : LES FONDEMENTS DYNAMIQUES DE LA RÉSILIENCE

Claude de TYCHEY*

Introduction

La lecture de l'argument de ce numéro spécial des Cahiers de Psychologie Clinique il y a quelques mois m'a interpellé. La rédaction y posait notamment une double interrogation essentielle malaisée à résoudre : « *Pourquoi à trauma égal, certains sujets résistent-ils quand d'autres décompensent sur un mode somatique ou psychologique ? Pourquoi à pathologie égale, certains patients vont-ils vivre ou mourir ?* »... Même si les conditions externes ne sont jamais rigoureusement identiques ou en tous cas vécues de la même façon, il n'en demeure pas moins vrai qu'il reste central pour le clinicien d'essayer de comprendre les causes des différences de réaction au stress de l'être humain. Ce point est encore plus important quand on aborde le secteur de la prévention pour réfléchir aux déterminants susceptibles de permettre à un être humain de faire face à un environnement particulièrement défavorable sans dommage majeur, alors que d'autres dans un contexte similaire basculeraient dans le chaos.

L'objectif de cet article est d'apporter une formalisation susceptible de nous éclairer, à partir d'un regard de psychologue clinicien d'orientation dynamique, relativement à une particularité psychique qui fonde en partie le déterminisme dans ce champ, à savoir la résilience.

Essayer de théoriser ce concept du point de vue de la psychologie clinique psychanalytique n'est pas une tâche facile. D'abord parce qu'il

* Professeur de psychologie clinique, Directeur du Laboratoire de Psychologie et du Groupe de Recherche en Psychologie de la Santé (E.A. N° 2337), Université de Nancy 2, 23 Bd Albert 1er, 54000 NANCY-FRANCE

a été introduit Outre Atlantique dans le champ de la médecine pédiatrique et psychiatrique (Garmezy, 1971, Rutter 1985, 1987, 1993). Il a également suscité des travaux de psychologues cliniciens (Werner 1982, 1989).

Actuellement, il soulève un regain d'intérêt dans les pays de langue française. Celui-ci se mesure au nombre et à la densité des publications récentes qui lui sont consacrées tant en Suisse (Michaud 1999, Vanistendael et Lecomte 2000), en Belgique (Born-Boet 2000), qu'en France (Manciaux-Tomkiewicz-Gabel 2000, Cyrulnick 1998, 1999, Poilpot 1999). Ces dernières ont été élaborées autant par des médecins de santé publique que par des pédiatres, psychiatres, pédopsychiatres, psychologues et sociologues. Il est cependant étonnant de constater que la revue la plus récente des modèles théoriques susceptibles de rendre compte de la résilience chez l'enfant, effectuée par les québécois Fortin et Bigras (2000), scotomise complètement la référence psychanalytique !

Ce terme, dont l'importance apparaît centrale dès l'instant où l'on penche sur ce qui peut déterminer les ressources adaptatives de l'individu au lieu de le fragiliser, a pourtant mobilisé l'attention des cliniciens d'orientation psychanalytique ces dernières années (Kreisler 1996, 2000, Guedeney 1999, Lemay 1999, Haynal 1999, Cramer 1999, Zaltzman 1999, Gannagé 1999). Si un consensus relatif semble établi pour définir la résilience comme la capacité de l'individu de se construire et de vivre de manière satisfaisante malgré les difficultés et les situations traumatiques auxquelles il peut être confronté au cours de son existence, plusieurs questions importantes demeurent en suspens :

- les critères à utiliser pour définir la résilience ne sont-ils pas différents chez l'enfant et l'adulte ?
comment prendre compte du fait qu'elle n'est jamais acquise définitivement ? Elle s'inscrit en effet nécessairement dans une temporalité et peut être soumise à des variations conséquentes.
- Last but not least quels processus du fonctionnement intrapsychique en interaction avec l'environnement met-elle en jeu ? Cette question épineuse des mécanismes impliqués, posée déjà il y a une dizaine d'années (Masten et al 1990) reste au centre des débats actuels (Michaud 1999, Manciaux-Tomkiewicz -Gabel 2000).

Le recours à des références psychanalytiques m'apparaît de nature à apporter un éclairage constructif à ces interrogations. Il implique de procéder en trois étapes :

- redéfinir rapidement les conceptions multidimensionnelles du traumatisme en psychanalyse puisque cet agent s'inscrit nécessairement en amont du processus de résilience qui va permettre à l'individu de le surmonter ;

- réfléchir ensuite sur les facteurs intrapsychiques susceptibles d'aider l'individu à faire face à un événement particulièrement défavorable. Ceci pose d'abord la question des mécanismes de défense mobilisables dans cette situation, puis des mécanismes d'élaboration sur lesquels le sujet pourra s'appuyer pour espérer traiter les conflictualités et les tensions auxquelles il a à faire face sans risquer une rupture de résilience ;
- conclure enfin notre propos par l'indication de pistes de recherche à creuser dans une perspective préventive pour promouvoir la résilience.

1 Traumatisme et Résilience

La définition du terme « traumatisme » partage visiblement les psychanalystes et les cliniciens d'orientation psychanalytique. Il suffit pour s'en convaincre de lire l'ouvrage de Gannagé (1999) qui présente de façon claire quelques conceptions développées dans ce champ, notamment par S. Freud (1920), S. Ferenczi (1934), A. Freud (1976), Crocq (1985), Kaes (1985). Très récemment Cramer (1999) a relancé le débat à son sujet. L'espace d'expression réservé à cet exposé étant réduit, je n'en ferai qu'une synthèse succincte et partielle.

Freud (1920) au départ a privilégié la montée de l'excitation sexuelle pour définir le traumatisme en référence à la clinique de l'hystérie. Il est juste de préciser que pour qu'il y ait traumatisme, il faut que le sujet excité, sous tensions, soit dans l'impossibilité d'utiliser ses possibilités d'élaboration mentale de l'événement et dans l'impossibilité de recourir à des voies plus archaïques d'écoulement, de décharge de l'excitation (voies corporelles et comportementales...). La définition initiale de Freud (1920) est intéressante. Elle suppose que ce n'est pas l'événement en soi qui est traumatique mais l'incapacité à l'intégrer à un niveau intra-subjectif, point de vue qu'on retrouve aussi chez Marty (1991) et Lemay (1999). D'un point de vue économique, le traumatisme est directement lié à un excès d'excitation non traitable.

La théorie de Ferenczi (1934) apporte un élément supplémentaire en nous suggérant qu'il faut privilégier les conséquences du traumatisme, en l'occurrence les affects de déplaisir qu'il suscite, principalement des affects d'angoisse, dépressifs et agressifs tels que la colère et la rage, dont l'élaboration n'est plus possible. À partir de ce propos, on peut conjecturer que l'individu résilient sera celui qui parviendra à réguler les affects négatifs déclenchés par les événements défavorables sans être débordé.

La théorisation d'Anna Freud (1971) apporte un éclairage complémentaire à notre construction. Elle souligne l'importance des mécanismes de défense du Moi, position que l'on retrouve aussi chez Ionescu (1999). Elle suggère aussi que le traumatisme sera inévitable à partir du moment où les défenses ne sont plus mobilisables ou plus suffisantes. Elle attire également notre attention sur la plus grande vulnérabilité du nourrisson et du petit enfant : « *la tolérance aux traumatismes externes et aux sensations internes de déplaisir résultant de frustration, de carence affective augmente en proportion avec la maturation et le perfectionnement des appareils et fonctions du Moi* ». On comprend mieux alors l'importance accordée par la psychanalyse au principal tuteur (la mère) du développement de l'enfant en bas âge qui ne peut traiter lui-même au départ les excitations l'assaillant.

Le point de vue d'Anna Freud (1976) introduit une autre question d'actualité qui partage les cliniciens : l'origine interne ou (et) externe du traumatisme. Elle semble nous indiquer que les deux sont possibles. La première résulterait de l'intensité, de la violence de l'événement en soi (par exemple une naissance avec anoxie ayant entraîné une réanimation, ou une maltraitance répétée sur un nourrisson). Mais on peut aussi supposer que c'est l'insuffisance du traitement interne des tensions induites par l'événement externe et l'incapacité à mettre en œuvre des mécanismes de défense et d'élaboration qui génèrent le trauma. Il me semble en tout cas que le déplacement des théories contemporaines en psychanalyse de la pulsion à l'objet traduit la place plus importante accordée progressivement à la réalité externe. Ainsi, récemment Cramer (1999) a-t-il reproché à Freud de n'avoir privilégié, pour définir le traumatisme, que « *la source sexuelle interne de l'excitation et d'avoir négligé les traumatismes dont l'origine est clairement une source de violence externe au sujet qui la subit* » : point de vue remarquablement illustré par les travaux de R. Diwo (1997, 1999) sur les déterminants du passage à l'acte suicidaire à l'adolescence, que l'on peut définir comme une forme de rupture de résilience. Contrairement au groupe témoin, il y a chez tous les adolescents suicidaires examinés dans le cadre de cette recherche un cumul d'événements de vie négatifs externes (échec scolaire, violence familiale ou extra-familiales, deuil, rupture sentimentale,...). Celui-ci finit par produire un niveau de tension trop élevé, quelle que soit la qualité du fonctionnement mental du sujet. L'effet traumatique cumulé de ces facteurs externes ne peut alors que prendre (après avoir épuisé les sources d'écoulement à un niveau somatique) la forme d'une décharge par la voie comportementale, synonyme de rupture de résilience, ou pour plagier Crocq (1985) « *d'une impossibilité pour le Moi de lier et*

d'abrégier cet afflux d'excitation apporté ». Un facteur isolé peut devenir traumatique dès lors qu'il est intense et brutal. Une somme d'événements plus mineurs peut aboutir au même résultat à partir du moment où elle dépasse les possibilités d'élaboration défensive et mentale du Moi du sujet. La résilience implique donc en amont la survenue d'un traumatisme dont l'origine peut être uni ou multifactorielle et en aval une aptitude du sujet à le surmonter qui, sur le plan intrapsychique, mobilise deux paramètres importants :

- la nature, la variété et surtout la rigidité ou la souplesse des mécanismes de défenses que le Moi du sujet va mettre en œuvre, en particulier pour faire face aux représentations et aux affects de déplaisir très importants suscités
- les capacités d'élaboration mentale ultérieure des tensions générées dans leur double valence pulsionnelle sexuelle et agressive. Autrement dit, il s'agit là de la capacité à traduire en mots, en représentations verbales partageables les images et les émois ressentis pour leur donner un sens communicable, compréhensible pour l'autre et pour soi-même d'abord. On désigne habituellement en psychanalyse sous le terme de *mentalisation* ce travail de la pensée sur elle-même pour lui permettre de traduire les excitations en représentations partageables, ce qui implique une opération de symbolisation. Celle-ci suppose aussi que les affects ressentis soient liés à des mots qui les spécifient, ce que nous désignons par le terme de *liaison affect-representation* (De Tychey 1994, De Tychey-Diwo-Dollander 2000).

2 Mécanismes de défense et résilience

Le rôle des mécanismes de défense est reconnu par plusieurs spécialistes de ce champ bien qu'ils ne soient pas d'obédience psychanalytique (Cyrulnick 1999, Vanistendael-Lecomte 2000).

Rappelons avec A. Freud (1976) et Kreisler (1996) que leur fonction essentielle porte sur le traitement des affects de déplaisir liés aux situations traumatiques et conflictuelles. Ils sont extrêmement diversifiés et je n'en pointerai que les plus essentiels. Je pense qu'ils contribuent à fonder la résilience à court terme face au trauma alors que la mentalisation, que nous aborderons plus loin, est seule à même de la structurer plus durablement à long terme.

Quelles sont les principales défenses mobilisables face à l'excès d'excitations ? En premier lieu le recours à l'imaginaire tel que le définit Bergeret (1990, 1991). Ce terme englobe un ensemble plus vaste que celui désigné sous le nom de « *rêverie* » par Cyrulnick (1999) et Vanistendael-

Lecomte (2000). Pour Bergeret (1991) l'imaginaire désigne « *l'activité de rêves et de fantasmes dont on a conscience ou pas, composée de fantasmes préconscients, conscients, inconscients ou primitifs* ». Pour cet auteur, il s'agit d'une fonction indispensable à l'équilibre psychique. Elle nous permet en effet « *de ne pas nous sentir écrasé par une action trop intrusive ou trop impérative des facteurs extérieurs* ».

L'imaginaire pose d'emblée une double question :

- comment le développer si l'on veut promouvoir la résilience ?
- comment le mesurer puisqu'il constitue un facteur de protection essentiel ?

Nous essayerons d'y répondre à la fin de notre exposé.

Quand il est mobilisé de manière défensive, l'imaginaire doit cependant être utilisé en alternance avec son opposé dans certaines situations traumatiques externes particulières (exemple, les camps de concentration)... En effet, pour Laval-Hygoneng (1999 in Zaltzman 1999), il importe, pour survivre dans un univers de mort, d'avoir recours de manière défensive à « un fonctionnement psychique de survie ». Ce dernier suppose « *un surinvestissement de la réalité actuelle intraitable, une extrême attention aux besoins du corps, ... Un travail de contre-investissement permanent pour repousser de la conscience les souvenirs et les virages du passé individuel, jugé dangereux au regard de la lutte pour la survie* » : point de vue qu'on retrouve chez Bourguignon (2000).

- L'humour est un autre procédé défensif pointé par tous les spécialistes de langue française de la résilience comme un facteur de protection. Il m'apparaît comme une défense permettant une sublimation des pulsions agressives, c'est-à-dire une élaboration de ces dernières et des excitations qu'elles génèrent par un canal d'expression socialement valorisé. D'ailleurs à un niveau général, la sublimation, à travers par exemple la création artistique ou littéraire (les exemples ne manquent pas) est une voie royale d'élaboration des excitations-tensions à travers une production qui leur donne un sens.
- Le clivage consiste à séparer les représentations entre elles ou les affects des représentations afin de mettre à l'écart les plus insupportables. Il constitue certainement une autre défense protectrice à court terme lors de la survenue du trauma.
- Le déni peut porter sur des aspects variés de la réalité. Son caractère potentiellement adaptatif, à condition qu'il soit utilisé de manière temporaire et non durable, est souligné par un grand nombre d'auteurs (Vanistendael et Lecomte, 2000, Cyrulnick, 1999). Il peut être mobilisé dans des contextes variés de situations problématiques, qu'il s'agisse de l'ajustement après la survenue d'un infarctus (Ionescu

1999) ou de l'adaptation au trauma consécutif à la perte d'un enfant par un parent (Dollander 1999, Dollander-De Tychev 1999). Il peut constituer la dernière ressource pour faire face à une réalité trop insupportable. Contrairement à son usage dans les fonctionnements psychotiques, il porte selon moi davantage sur la signification affective de la réalité insupportable que sur la réalité en elle-même chez le sujet résilient.

- L'intellectualisation, qui est une des variétés d'isolation, peut également constituer un moyen de se protéger de l'intensité des affects de déplaisir en les évacuant pour privilégier le monde des idées et de la rationalisation logique. Il ne faut du reste pas confondre l'intellectualisation, mécanisme de défense du Moi contre des affects et des représentations perturbantes, avec l'intelligence opérationnalisée par le quotient intellectuel. On sait que ce dernier constitue aussi un facteur de protection générateur de résilience (Gottlieb 1999). Les processus cognitifs qui le sous-tendent visent non pas à traiter les excitations pulsionnelles (comme la mentalisation et les défenses du Moi) mais à traiter la réalité à problèmes sous forme d'hypothèses, d'anticipations, de prévision en vue de l'atteinte d'une solution à valeur adaptative.

Il convient de voir l'ensemble de ces mécanismes de défense comme autant de dispositifs intrapsychiques susceptibles de favoriser la résilience chaque fois que le sujet est confronté à un trop plein d'excitations source de déplaisir intense. À ce titre, ils constituent un facteur de protection important pour le Moi. Encore faut-il évaluer avec précision l'usage souple ou rigide qu'en fait le sujet.

Utilisés de manière souple, ils contribuent à atténuer le choc, l'impact des représentations et affects perturbants associés à la situation traumatique. Ils constituent une étape préliminaire nécessaire pour autoriser le travail ultérieur d'élaboration mentale des excitations et de liaison entre affects et représentations propre à la mentalisation.

Utilisés de manière rigide, ils vont par contre interdire toute possibilité de traitement mental effectif des tensions reliées à la situation traumatique initiale. Même s'ils peuvent préserver dans ce cas le sujet d'un risque de décompensation somatique ou comportementale en le maintenant dans une pseudo adaptation sociale de surface, il serait discutable ici de parler de résilience car ces sujets ont selon moi une trop grande invalidation de leur vie émotionnelle et relationnelle, qui sont autant de marques indélébiles du traumatisme vécu antérieurement. Comme le remarque justement Bourguignon (2000), en face d'événements massivement destructeurs, *« il n'y a pas d'immunité au stress mais seulement différents modèles de réponses plus ou moins adaptés... Si chaque enfant parvient à réagir à*

l'adversité, cette survie a toujours un coût... ». Ce dernier constat pose aussi la question des critères précis à avancer pour définir la résilience. Sans doute doivent-ils être différents pour l'enfant et l'adulte et faire l'objet d'une réflexion future approfondie. Chez l'enfant on parlera généralement de résilience quand il subsiste, malgré un environnement défavorable, une capacité à faire les apprentissages de base et à se socialiser sans manifester trop d'inhibition et (ou) d'instabilité.

Chez l'adolescent, qui est une étape reconnue classiquement comme une période de crise, l'opérationnalisation de la résilience, au stade actuel de ma réflexion, m'apparaît plus problématique, car la conduite déviante n'y est pas rare sans devenir nécessairement pathogène ...

Elle le sera tout autant chez l'adulte. Même si on peut à son propos conserver la maxime freudienne qui pose comme essentielle la capacité maintenue d'aimer et de travailler avec un plaisir suffisant sur les deux plans malgré les variations défavorables de l'environnement ...

Sur le plan des recherches futures, la formalisation et l'opérationnalisation des critères de résilience apparaît essentielle si on veut enrichir la théorie. Ce point a fait récemment l'objet de débats animés dans le dernier numéro de la revue américaine « *Child Development* » (Luthar-Cicchetti-Becker, 2000) Les anglo-saxons, qui ont apporté plusieurs contributions dans ce numéro, pensent que la définition de critères relativement consensuels, en termes d'indicateurs optimaux de résilience, constitue une tâche aussi centrale que difficile pour le clinicien investi dans ce secteur.

Pour les enfants d'âge scolaire, Luthar *et al* (2000) suggèrent qu'une réussite scolaire associée à des relations positives avec les pairs et les adultes devient un critère pertinent.

Mais ils introduisent deux paramètres supplémentaires à considérer qui me paraissent importants. Ils suggèrent :

- de tenir compte de la nature précise de l'environnement défavorable et des risques potentiels auxquels le sujet résilient est confronté. Par exemple, en cas de situation à haut risque de conduite antisociale, c'est la qualité de l'adaptation sociale qui doit devenir un critère essentiel de résilience. Si, par contre, le risque majeur est plutôt de développer un trouble de l'humeur, le clinicien gagnera à privilégier la capacité d'auto-régulation émotionnelle du sujet et l'évitement de problèmes psychiatriques.
- d'ajuster les critères de résilience au degré de toxicité de l'environnement défavorable. Pour Luthar *et al* (2000), comme pour d'autres (Gest *et al* 1999, Masten *et al* 1999), le maintien d'un niveau d'adaptation

proche de la moyenne semble suffisant pour parler de résilience dès lors que les stressés environnementaux englobent des événements qui selon les critères DSM seraient jugés de sévères à catastrophiques. Par contre, un niveau de fonctionnement supérieur dans des domaines aussi importants que le secteur scolaire (et [ou] professionnel) ainsi que relationnel serait exigible pour avoir le droit de parler de résilience quand les risques courus paraissent plus modérés. Il faut noter que ce point de vue n'est pas partagé par tous les cliniciens chercheurs. Ainsi, Robinson (2000), pense -t-il que Luthar *et al* (2000) placent la barre trop haut. Robinson (2000) se demande si l'évitement des conduites franchement pathologiques et de la maladie ne pourrait pas constituer un critère suffisant de résilience. Luthar *et al* (2000,b) dans leur dernière réponse à Robinson (2000) semblent trouver ce point de vue défendable...

En tout état de cause, il me semble légitime de conclure que la définition de ces critères de résilience engage nécessairement la subjectivité du clinicien-chercheur. Mais n'est-ce pas là le lot commun de toute recherche à un moment de son élaboration ?

Les anglo-saxons nous invitent aussi à réfléchir sur les mécanismes et les processus qui sont chez l'individu les facteurs de protection venant fonder sa résilience. La conceptualisation que nous allons développer maintenant sur les relations entre résilience et mentalisation nous semble de nature à répondre pleinement à cet objectif.

3 Mentalisation et résilience

Nous postulons que la mentalisation constitue le processus intrapsychique essentiel qui vient fonder la capacité de résilience du sujet. La définition de ce concept complexe, introduit pour Marty et Fain en 1961 dans le champ de la psychanalyse n'est pas univoque car il a suscité de nombreuses contributions (Luquet 1981, Bergeret 1986, 1991, R. Debray 1991, Fonagy 1994,1996, Dejours 1995, Lecours-Bouchard 1997, De Tychev 1994, De Tychev-Diwo-Dollander, 2000). Notre position est partagée par Bacqué qui très récemment (2000) s'est penchée sur les mécanismes déterminant la résilience de l'enfant endeuillé en pointant le rôle de ce facteur qu'elle envisage en lien avec un « potentiel narcissique primaire... suffisamment solide pour supporter d'être quitté...suffisamment fort et souple pour ne pas être détruit par des atteintes plus graves physiques et morales ». Je ne partage pas par contre le point de vue de cet auteur selon lequel « la mentalisation est un processus acquis à la naissance ». Je pense

au contraire qu'elle se construit très précocement à travers la qualité de la médiation maternelle ou de son substitut. Avant de le montrer, il me paraît important de rappeler ses facettes les plus essentielles.

Pour R. Debray (1991), la mentalisation désigne « *la capacité qu'à le sujet de tolérer, voire de traiter ou même négocier l'angoisse intrapsychique et les conflits interpersonnels ou intrapsychiques. Il s'agit en définitive d'apprécier quel type de travail psychique est réalisable face aux angoisses, à la dépression et aux conflits inhérents à la vie.* »

Marty (1991) souligne qu'elle repose sur le fonctionnement du préconscient, espace imaginaire peuplé de représentations et d'affects en plus ou moins grand nombre, circulant plus ou moins facilement, plus ou moins disponibles dans le temps en fonction de la nature et de l'usage des défenses mobilisées par le sujet.

Pour Bergeret (1991) la mentalisation correspond à « l'utilisation mentale qu'on va faire de l'imaginaire. C'est un des modes fonctionnement de l'imaginaire qui s'oppose à la somatisation et au comportement. » Dans les abrégés de psychologie pathologique, Bergeret et Lustin (1986) rendent compte d'une opération fondamentale notamment pour la spécifier : la symbolisation. Cette dernière a deux faces. Elle renvoie d'abord au travail de transformation par la pensée des excitations pulsionnelles, c'est-à-dire des tensions de nature principalement sexuelle et agressive, en représentations mentales communicables. Elle porte aussi sur le travail d'élaboration mentale des affects, principalement de déplaisir, sous forme de liaison à des représentations partageables susceptibles de donner un sens au ressenti du sujet. Bergeret (1991) souligne qu'elle est la voie la plus noble, la plus adaptative du traitement des tensions.

Marty (1991) a mis en évidence par ailleurs que la qualité de l'espace imaginaire et de la mentalisation est très variable d'un sujet à l'autre. Ceci nous amènera à réfléchir sur les facteurs de l'épigenèse interactionnelle susceptibles de favoriser la construction d'un imaginaire et d'une mentalisation riches, et, partant de là, d'une résilience plus conséquente chez le sujet. Auparavant, il faut dire quelques mots du destin des tensions-excitations quand elle ne sont plus « traitables » mentalement, soit parce qu'elles sont trop intenses, soit parce qu'elles assaillent un fonctionnement mental structurellement appauvri. Elles génèrent alors une rupture de résilience qui va prendre plusieurs formes :

- l'échec du travail de liaison entre les représentations suscitées par l'événement traumatique peut aboutir à un écoulement et une désorganisation de ces représentations qui cessent alors d'être partageables

- même si elles restent dans la voie mentale (entrée dans le délire par exemple) ;
- l'échec du traitement mental peut aussi se traduire par la décharge des excitations par la voie corporelle, génératrice d'une désorganisation somatique plus ou moins grave ;
 - l'échec du traitement mental peut également s'exprimer par une voie d'expression et de décharge comportementale sous la forme d'un « acting out » auto ou hétéroagressif plus ou moins lourd de conséquences.

Ces quelques constats permettent aussi de situer la mentalisation par rapport au continuum temporel et nous amènent à comprendre pourquoi la résilience n'est jamais absolue mais fluctue inévitablement au cours du temps. Même avec une mentalisation riche, personne n'est à l'abri d'une désorganisation mentale, comportementale ou somatique en raison du caractère imprévisible et potentiellement traumatique des situations existentielles que tout un chacun est amené à rencontrer... Le fait de posséder une mentalisation de qualité n'est pas une assurance « tous risques ». Pour chaque individu, il existe un seuil au-delà duquel les capacités défensives et adaptatives seront débordées. Les fins de vie de Primo Lévi et Bruno Bettelheim qui ont survécu tous deux aux camps de concentration en constituent des illustrations démonstratives ...

Une question essentielle se pose maintenant : si la résilience à long terme dépend pour une large part de la richesse de l'espace imaginaire et de la mentalisation du sujet, comment développer ces deux caractéristiques du fonctionnement intra-psychique pour la promouvoir ? La réponse à cette interrogation est malaisée. Elle implique de concevoir une psychanalyse appliquée à l'éducation et aux interactions précoces. En effet, Marty (1991) fait de la qualité des interactions précoces un déterminant essentiel de la construction de l'édifice tout en ne précisant nullement la nature des échanges spécifiques susceptibles de la renforcer ou de la fragiliser. Dans sa synthèse très récente sur le concept de résilience, à paraître prochainement, Kreisler (2000) postule qu'il faut rechercher ses fondements dans la relation très précoce entre la mère et son enfant, en particulier à travers l'étayage « apporté par une gérance maternelle riche, de sécurisation affective et pertinente de mesures protectrices... dans la genèse évolutive de l'enfant vers l'autonomisation ». Nous disposons de quelques contributions encore plus précises dans ce champ que nous nous proposons de synthétiser maintenant.

4 Les déterminants de l'espace imaginaire et de la mentalisation ou comment promouvoir la résilience ?

Développer l'espace imaginaire

La valeur défensive protectrice de l'espace imaginaire, pour se dégager au moins temporairement d'une réalité trop intrusive, est aisée à comprendre. La question des déterminants de la construction de cet espace est par contre complexe. Sans nier le rôle des facteurs génétiques, sur lesquels nous n'avons actuellement aucune prise ni aucun moyen de mesure, il me semble qu'une large partie de cette entité commence à s'élaborer dès la vie intra-utérine. Les travaux menés en psychologie du développement (Cyrułnick 2000) montrent clairement la sensibilité du fœtus à des stimulations sonores dès les 6-7^e mois de grossesse et leur effet éventuellement calmant ou perturbant.

D'autres investigations réalisées dans le champ de l'haptonomie (Veldman 1990, Dolto-Tolitch 1998) suggèrent qu'il y a, dès 4-5 mois de conception une grande sensibilité du fœtus aux stimulations tactiles. La mobilisation de ces deux canaux par les parents lors de la grossesse peut contribuer à asseoir la sécurité de base de l'enfant, dont beaucoup de psychanalystes pensent (Fonagy (1994, 1996, Kreisler 2000) qu'elle est un déterminant essentiel de la qualité de sa résilience ultérieure. On comprend mieux le conseil aux parents de C. Dolto-Tolitch (1998) de maximiser le recours à ces deux registres pour construire le lien d'attachement sur une base sûre (« secure ») dès le début la grossesse.

Mais la richesse des représentations qui vont circuler dans le préconscient dépend largement de l'étendue de la construction de l'espace transitionnel (Winnicott 1970) où la mère est représentée à un niveau imaginaire comme source permanente de sécurité que le bébé peut halluciner, fantasmer en son absence. Or F. Dolto (1984) suggère clairement dans le chapitre sur les castrations de « l'image inconsciente du corps », qui constitue à mes yeux la théorisation la plus dense d'une psychanalyse appliquée à l'éducation, l'importance des interactions précoces dans la construction de l'espace imaginaire. Elle souligne précisément à propos de la castration orale le poids des échanges langagiers entre la mère et l'enfant. Une mère qui déprime va carencer l'enfant sur ce plan lui laissant peu de chances de la représenter à un niveau imaginaire au niveau de son fonctionnement intrapsychique dès l'instant où elle ne lui parle pas ou peu. Il est très important pour Dolto (1984) que la mère réussisse à passer d'une relation de départ, de corps à corps physique

fondée sur le contact tactile, à une relation à distance, médiatisée par le langage. Le sevrage marque ce passage essentiel. Pour qu'il soit réussi, il importe que la mère prenne au moins autant de plaisir à guider les premiers phonèmes et vocalisations de l'enfant, à les imiter et à les lui renvoyer qu'à le caresser ou le couvrir de baisers... Il faut qu'elle ait plaisir à nommer les objets qui entourent l'enfant, en particulier dès la fin de tétée où, repu et à l'abri des stimulations internes associées aux besoins, il est beaucoup plus sensible aux stimulations externes. La liaison entre les traces sonores acoustiques et les engrammes visuels favorise alors la construction de représentations qui viennent fonder la permanence de sa présence à un niveau imaginaire.

Si le mode d'échange structuré par la manière d'utiliser le langage est un premier déterminant de l'édification de l'espace imaginaire, la qualité des échanges ludiques par le jeu constitue, autant pour Dolto (1984) que pour Cramer (1999), un deuxième paramètre essentiel. Ce dernier doit être privilégié dans les interactions éducatives comme il peut l'être dans les interactions thérapeutiques pour aider à surmonter le traumatisme et construire la résilience. Gannagé (1999) a bien montré comment le jeu peut permettre à un enfant, vivant par exemple dans un pays en état de guerre permanent, à la fois de structurer « une identification à un modèle positif, personnage ou animal, ensuite une identification à l'agresseur qui est aussi un moyen de maîtriser, par une attitude active ce qui a été subi passivement, par exemple lorsqu'un enfant à travers le jeu se glisse dans la peau d'un personnage menaçant.... ! ». ».

Développer une mentalisation riche

D'après Fonagy et al (1994,1996), le pré-requis de cette construction est une base d'attachement sécurisante. Ce point a fait l'objet d'une démonstration empirique qui l'amène à conclure qu'elle constitue le fondement essentiel de la résilience. Fonagy (1994), qui a utilisé dans un premier temps le terme de fonction auto-réflexive opte résolument en 1996 pour celui de mentalisation qu'il définit de manière originale. Il utilise le terme de « fonctionnement auto-réflexif » pour définir la mentalisation et rendre compte « de l'aptitude à prendre en considération les états mentaux de l'autre dans la compréhension et le déterminisme de son propre comportement ». Il souligne l'importance de l'attachement précoce sécurisant. Ce dernier jouerait un grand rôle dans l'adaptation psychique future de l'enfant, en particulier au niveau d'une dimension importante : sa capacité favorisée ou entravée de régulation des affects. Celle-ci serait dépendante de la représentation qu'il se fait de l'attitude des parents envers les propres

affects qu'il émet à un âge où il ne dispose pas de mots pour les signifier. L'élaboration passe par la symbolisation que permet le parent. Cette dernière implique : « qu'au départ, le parent ait réussi à transmettre une image précise mais modulée de l'état affectif de l'enfant » par l'intermédiaire d'une verbalisation faisant office de miroir réfléchissant. Dans le cas inverse, l'enfant est incapable de donner un sens à ses états intérieurs, de distinguer la réalité matérielle de la réalité psychique. Fonagy et al (1994) se demandent si l'on peut « enseigner aux parents des stratégies pour les aider à se centrer sur le monde mental de leur petit enfant ».

Il est très proche ici de Brazelton et Cramer (1991) qui militent pour le développement des compétences parentales ou de Manciaux (2000) qui suggère avec pertinence une aide à la construction de la parentalité. Il n'est pas éloigné sur le plan théorique de Bion (1962), qui, bien avant lui, a introduit et souligné le rôle de « la capacité de rêverie maternelle et de la fonction alpha ». Celle-ci est selon nous une autre façon de formaliser l'activité de mentalisation. En effet, Bion (1962) pense que la mère a pour mission de détoxifier les impressions sensorielles et émotionnelles (éléments « bêta » non intégrables au départ) par sa fonction contenante alpha. Elle se doit, pour y parvenir, de réussir à mettre en mots et à renvoyer au bébé ce qu'il ressent de manière confuse. Une aide à la construction de la parentalité devrait donc avoir pour objectif de sensibiliser la mère (les parents) à cette dimension. On voit là à nouveau l'importance du langage et de la manière dont il va être utilisé par la mère. Celle-ci permet (ou non), par la médiation qu'elle offre, de redonner un sens à ce que l'enfant éprouve comme un chaos au départ.

Mais qu'en est-il lorsque la suppléance maternelle échoue ? Nombre d'enfants résilients ont été confrontés à des environnements parentaux particulièrement défaillants et sources de carences multiples. La question appelle alors deux constats :

- la résilience résulte bien, pour reprendre l'expression de Cyrulnick (1999) d'un tissage interactif où l'étayage de l'environnement externe joue un rôle fondamental, ici dans la construction de fonctionnement mental de l'enfant ;
- les parents ne constituent pas le seul modèle possible de l'enfant. Bergeret (1998) nous rappelle avec pertinence qu'ils « représentent le pôle identificatoire essentiel mais pas exclusif. Les différents cercles sociaux et éducatifs qui entourent la famille jouent également leur rôle », en particulier dans les situations à risque où « l'interaction ne stimule pas suffisamment le désir de tendresse et d'amour entre humains et ne dévalue pas de façon assez claire le destin illusoire et néfaste des poussées agressives ». Ce constat a reçu une confirmation

empirique. Lösel et Bliesener (1990) comme Born et al (1997) suggèrent ; dans les situations à risque de délinquance pour l'adolescent, que dans 50 % des cas, la suppléance est assurée par un enseignant et dans un tiers des cas par un membre de la famille étendue autre que les parents. En matière de perspective préventive à développer, la question essentielle devient alors : quelles sont les caractéristiques d'un modèle qui sont pour l'enfant en souffrance les plus attractives, pour que l'autre devienne une cible identificatoire suffisamment forte et positive, lui permettant d'abandonner les identifications négatives inhérentes aux parents défaillants et d'en construire de nouvelles.

Ce point mériterait d'être exploré finement dans les recherches futures réalisées auprès d'enfants résilients en les interrogeant sur les caractéristiques de leur « tuteur de développement » qui leur ont paru les plus importantes lors de leurs périodes de difficultés. Une connaissance précise de celles-ci serait de nature à aider les travailleurs sociaux et thérapeutes de tous ordres dans leurs actions de remédiation.

Ces dernières peuvent-elles toujours être efficaces ? Cette autre question est d'importance quand on sait par exemple que le lien d'attachement de l'enfant se construit très précocement et qu'il demeure stable si les conditions environnementales ne changent pas. Je pense que les stratégies de remédiation gagneront toujours à se mettre en place le plus tôt possible mais la question de leur efficacité en fonction du moment d'intervention sur le continuum existentiel de développement mériterait une investigation différentielle fine.

J'ai avancé dans cette revue quelques paramètres qui, d'un point de vue de psychologie clinique psychanalytique, me semblent de nature à mieux éclairer les processus fondant la résilience en partant du concept de traumatisme et en examinant de quelle façon les mécanismes de défenses et d'élaboration mentale peuvent permettre au sujet de surmonter des difficultés éventuellement extrêmes. Il me semble que la résilience est de nature à nous permettre de comprendre ce qui fonde les différences individuelles en matière de réactivité à des environnements potentiellement pathogènes.

Au niveau des recherches futures, il me paraîtrait particulièrement judicieux de mettre en œuvre une méthodologie non réductrice à double volet. Le premier consisterait à entreprendre une démarche clinique qualitative sous forme d'analyses cliniques exhaustives d'une succession de cas uniques, en s'inspirant des principes posés par Widlöcher (1990),

pour éprouver les fondements de la résilience à partir des hypothèses que nous venons de développer dans ce travail et, le cas échéant, poser de nouvelles hypothèses sur les déterminants de la résilience en fonction du matériel clinique recueilli. Cette première démarche devra selon nous nécessairement se doubler d'une seconde si on veut dépasser le stade d'une clinique de la singularité et fonder la pertinence des constantes structurales postulées dans ce travail comme autant de déterminants de la résilience au sein du psychisme individuel. Celle-ci aura pour objectif d'envisager une étude comparative fine sur des groupes de sujets soit résilients soit non résilients confrontés à des environnements défavorables « similaires » (nous utilisons à dessein ce terme de préférence à celui « d'identiques »...). Cette dernière visera à évaluer de manière différentielle par exemple des membres de fratrie soit non résilients, soit résilients bien qu'issus d'environnements familiaux très problématiques voisins. Pour confirmer les assertions développées ici, il importerait de montrer que les premiers sont significativement mieux pourvus en termes de tuteur de développement « suppléant », d'espace imaginaire et de mentalisation ainsi que de modes de défenses souples et variés. Une hiérarchisation entre ces facteurs pourrait alors éventuellement se dessiner... Si l'observation et l'entretien constituent des outils nécessaires et utiles pour atteindre cet objectif, ils ne sont pas suffisants. La psychologie clinique est ici susceptible d'offrir une méthodologie complémentaire indispensable au chercheur désireux d'entreprendre une évaluation différentielle fine des différentes dimensions du fonctionnement intrapsychique les plus essentielles. Une telle analyse est en effet possible grâce à l'apport des techniques projectives, en particulier le test de Rorschach, comme nous l'avons montré par ailleurs (De Tychev 1994, De Tychev-Diwo-Dollander 2000).

Bibliographie

- BACQUÉ, M.F., Résilience de l'enfant endeuillé, *Pratiques Psychologiques*, 1, 2000, pp.23-33.
- BERGERET, J., *Abrégés de Psychologie Pathologique*, Paris, Masson, 1986.
- BERGERET, J., *Les toxicomanes parmi les autres*, Paris, Odile Jacob, 1990.
- BERGERET, J., *Communication personnelle*, 1991.
- BERGERET, J., La violence naturelle et ses débordements : conditions interactives d'une prévention primaire intégrée, in De Tychev, C. (dir), *Psychologie clinique et prévention*, Paris, Editions et Applications Psychologiques, 1998, pp. 17-27.
- BION, W.R., *Aux sources de l'expérience*, Paris, P.U.F., 1962.
- BORN, M., Chevalier, V. & Humblet, I., Résilience, desistance and delinquent career of adolescent offenders, *J. of Adolescence*, 20, 1997, pp. 679-694.

- BORN, M. & BËT, S., Résilience hors la loi, *Communication au Colloque de la fondation de France* : « La Résilience : le réalisme de l'espérance », 29-30 Mai 2000, Centre de Conférences Internationales, Paris.
- BOURGUIGNON, O., Facteurs psychologiques contribuant à la capacité d'affronter des traumatismes chez l'enfant, *Devenir*, 12, 2, 2000, pp.77-92.
- BRAZELTON, T., CRAMER B., *Les premiers liens*, Paris, Stock, Calmann Lery, 1991.
- CRAMER, B., *Que deviendront nos bébés ?* Paris, Odile Jacob, 1999.
- CROCQ, L., *Evènement de vie et psychopathologie*, Villetaneuse Simep, 1985.
- CYRULNICK, B., GUEDENEY, A., LEMAY, M., HAYNAL, A., TOUSSIGNANT, M. & MANCIAUX, M., *Ces enfants qui tiennent le coup*, Revigny S/Ornain, Hommes et Perspectives, 1999.
- CYRULNICK, B., *Un merveilleux malheur*, Paris, Odile Jacob, 1999.
- CYRULNICK B., *Communication personnelle*, mai 2000.
- DEBRAY, R., Réflexions actuelles sur le développement psychique des bébés et le point de vue psychosomatique, *Revue Française de Psychosomatique*, 1, 1991, pp. 41-57.
- DEJOURS, C., La mentalisation : séminaire de DEA, Université de Nancy 2, décembre 1995 (non publié).
- DIWO, R., Evénements de vie, mentalisation, somatisation et tentative de suicide : approche comparée à l'adolescence, Thèse de Doctorat en Psychologie, Université de Nancy 2, 1997, (non publiée).
- DIWO, R., Evènement de vie et fragilité de la mentalisation : approche comparée chez l'adolescent suicidant, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 47, 4, 1999, pp. 200-214.
- DOLLANDER, M., Figures de l'absence : contribution à la clinique du travail de deuil, Thèse de Doctorat en Psychologie, Université de Nancy 2, octobre 1999, (à paraître).
- DOLLANDER, M., De TYCHEY, C., Meurtre d'enfant et symbolisation de la perte : approche clinique projective longitudinale, *Psychologie Clinique et Projective*, 5, 1999, pp. 169-205.
- DOLTO, F., *L'image inconsciente du corps*, Paris, Seuil, 1984.
- DOLTO-TOLITCH, C., Sentiment de sécurité de base, in De Tychey C. (dir), *Psychologie clinique et prévention*, Paris, Editions et Applications Psychologiques, 1998, pp. 77-117.
- FERENCZI, S., Réflexions sur le traumatisme, in *Psychoanalyse*, 4, 1934, Paris, Payot, 1982, pp. 134-147.
- FONAGY, P., STEELE, M., STEELE, H., HIGGIT, A. & TARGET, M., The manuel Miller Memorial Lecture 1992. The theory and practice of resilience, *J. Child Psychiatry*, 35, 2, 1994, pp. 231-257.
- FONAGY, P., Le rôle de la mentalisation dans l'attachement, dans le développement affectif et dans le trouble de personnalité état-limite, *Communication au Colloque de Vauresson*, Novembre 1996.
- FORTIN, L. & BIGRAS, M., La résilience des enfants : facteurs de risque, de protection et modèles théoriques, *Pratiques Psychologiques*, 1, 2000, pp.49-63.
- FREUD, A., *L'enfant dans la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1971.
- FREUD, A., *Le moi et les mécanismes de défense*, Paris, P.U.F., 1976.

- FREUD, S., Au-delà des principes du plaisir (1920), in *Essais de Psychanalyse*, Paris, Payot, 1952.
- GANNAGÉ, M., *L'enfant, les parents et la guerre*, Paris, Editions Sociales Françaises, 1999.
- GARMEZY, N., Vulnerability research and the issue of primary prevention, *American Journal of Orthopsychiatry*, 41, 1971, pp. 101-116.
- GEST, S., REED, M & MASTEN, A. Measuring developmental changes in exposure to adversity : a life chart and rating scale approach. *Development and Psychopathology*, 11, 1999, pp. 171-192.
- GOTTLIEB, D., Résilience : status of the research and Research-Based programs, *Draft March*, 1999.
- GUEDENEY, A., Les déterminants précoces de la résilience, in « *Ces enfants qui tiennent le coup* » de B. Cyrulnick et al, Revigny S/Ornain, Hommes et Perspectives, 1998, pp. 19-26.
- HAYNAL, A., Les orphelins savent rebondir, in « *Ces enfants qui tiennent le coup* » de B. Cyrulnick et al, Revigny S/Ornain, Hommes et Perspectives, 1998, pp. 45-59.
- IONESCU, S., Des mécanismes de défense en psychologie de la santé, *Pratiques Psychologiques*, 4, 1999, pp. 45-52.
- KAES, R., Puget, J. & al, *Violence d'état et psychanalyse*, Paris, Dunod, 1989.
- KREISLER, L., La résilience en spirale, *Spirale*, 1, 1996, pp. 2 – 5.
- KREISLER, L., La résilience, in *Dictionnaire de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, P.U.F, (à paraître 2000).
- LAVAL-HYGONENG, M.F., Étude du fonctionnement psychique de survie dans l'univers concentrationnaire, in « *la résistance de l'humain* » de N. Zaltzman (dir), Paris, Petite Bibliothèque de Psychanalyse, P.U.F., 1999, pp. 25-52.
- LECOURS, S. & BOUCHARD, M.A., Dimensions of mentalisation outlining level of psychic transformation, *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 1997, pp. 855-875.
- LEMAY, M., Reflexions sur la résilience, in « *Souffrir mais se construire* » de M.F. Poilpot (dir), Toulouse, Eres, 1999, pp. 83-105.
- LÖSEL, M., BLIESENER, K., Resilience in adolescence : study on generalisability of protective factors, in « *Health Hazards in Adolescence* » de Hurelman K & F, New York, de Gruyter, pp. 299-319.
- LUQUET, P., Le changement dans la mentalisation, *Revue Française de Psychanalyse*, 45, 1981, pp. 1022-1028.
- LUSTIN, J.J., La mentalisation, in *Abrégés de Psychologie* de J. Bergeret (dir), Paris, Masson, 1986, pp. 258-260.
- LUTHAR, S.-CICHETTI, D. & BECKER, B. The construct of resilience : a critical evaluation and guidelines for future work, *Child Development*, 71, 3, 2000, pp.543-562.
- LUTHAR-CICHETTI, D. & BECKER, Research on resilience : response to commentaries, *Child Development*, 71, 3, 2000, pp.573-575.
- MANCIAUX, M., La résilience : mythe ou réalité ?, in « *Ces enfants qui tiennent le coup* », Revigny S/Ornain, Hommes et Perspectives, 1998, pp. 109-120.

- MANCIAUX, M., La maltraitance : facteurs de risque modalités de prévention, in « *Peut-on prévenir la Psychopathologie ?* » de C. De Tychev (dir), Paris, l'Harmattan (sous presse 2000).
- MANCIAUX, M., TOMKIEWICZ, S., GABEL, M., La résilience aujourd'hui in « *Bientraitances* », Bruxelles, Fleurus, 2000.
- MARTY, P., *Mentalisation et psychosomatique*, Paris, Les « *Empêcheurs de tourner en rond* », Ulysse, 1991.
- MARTY, P., FAIN, M., Perspective psychosomatique sur la fonction des fantasmes, *Revue Française de Psychanalyse*, 1, 28, 1964, pp. 609-622.
- MASTEN, A.C., BEST, K.M. & GARMEZY, N., Resilience and development : contribution from the study of children who overcome adversity, *Development and Psychopathology*, 2, 1990, 425-444.
- MASTEN, A.S., HUBBARD, J.J-GEST, S., TELLEGEN, A., GARMEZY, N. & RAMIREZ, M. Adaptation in the context of adversity : pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence, *Development and Psychopathology*, 11, 1999, pp. 143-169.
- MICHAUD, P.A. La résilience : un regard neuf sur les soins et la prévention, *Archives de Pédiatrie*, 6, 1999, pp. 827-831.
- POILPOT, M., *Souffrir mais se construire*, Toulouse, Eres, 1999.
- ROBINSON, J., Are there implications for prevention research from studies of resilience ?, *Child Development*, 71,3, 2000, pp.570-572.
- RUTTER, M., Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder, *British Journal of Psychiatry*, 147, 1985, pp. 598-611.
- RUTTER, M., Psychosocial resilience and Protective mechanisms, *American Journal of orthopsychiatry*, 3, 57, 1987, pp. 316-331.
- RUTTER, M., Resilience : « some conceptual considerations », *Journal of Adolescence Health*, 1993, pp. 626-631.
- TOMKIEWICZ S., *L'adolescence volée*, Paris, Calmann Levy, 1999.
- TYCHEY, (de) C., *L'approche des dépressions à travers le test de Rorschach*, Paris, Editions et Applications Psychologiques, 1994.
- TYCHEY, (de) C., DIWO, R. & DOLLANDER, M., La mentalisation : approche théorique et clinique projective à travers le test de Rorschach, *Bulletin de Psychologie*, 2000, 448, 469-480.
- VANISTENDAEL, S. & LECOMTE, J., *Le bonheur est toujours possible : construire la résilience*, Paris, Bayard, 2000.
- VELDMAN, F., *L'haptonomie, sciences de l'affectivité*, Paris, P.U.F., 1990.
- WERNER, E. High risk children in young adult hood : a longitudinal study from birth to 32 years, *American Journal of orthopsychiatry*, 59, 1989, pp. 72-81.
- WERNER, E. & SMITH, R.S., Vulnerable but invincible : longitudinal study of resilient children and youth, in « *Sex differences in vulnerability and resiliency* », New-York, Mac Graw Hill, 1982, pp. 36-49.
- WIDLÖCHER, D., Le cas au singulier, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 1990, 42, pp. 285-302.

WINNICOTT, D.W., *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris, Payot, 1970.

ZALTZMAN, N., *La résistance de l'humain*, Paris, Petite Bibliothèque de Psychanalyse, P.U.F., 1999.

Résumé L'auteur analyse les fondements de la résilience à partir d'un point de vue de psychologie clinique psychanalytique en mettant l'accent sur le traumatisme, les défenses du Moi et surtout le processus de mentalisation pour réguler les tensions. Il développe aussi des réflexions dans une perspective préventive pour faciliter la construction de la résilience et proposer des pistes de recherches

Mots clés Résilience, psychanalyse, traumatismes, mécanismes de défense, mentalisation, techniques projectives, prévention.

Summary The author considers roots of resilience from a clinical psychoanalytical point of view. He points out the importance of trauma, Ego defense mechanisms and specially mentalization procedures to face the tensions linked to the trauma. He also develops a preventive perspective to facilitate resilience construction and propose some research ways.

Key-words Résiliency, psychoanalysis, trauma, defense mechanisms, mentalization, projective technics, prevention.
